

Veranderen en vernieuwen in de verslavingszorg (7): over taciete kennis

Anne Goossensen *

Ingezonden

U hebt er vast wel eens mee te maken gehad: implementatie, innovatie, reorganisatie. Het doorvoeren van vernieuwingen is aan de orde van de dag. Het vergt veel energie en ... leidt helaas in niet alle gevallen tot de gewenste uitkomsten (zoals prettiger verleende zorg, met betere effecten, vanuit een soepeler lopende zorgorganisatie). Op deze plek verken ik theorieën over het verloop van veranderings- en vernieuwingsprocessen in de (verslavings)zorg.

Deze keer richt ik het vergrootglas op verschillende soorten kennis in de verslavingszorg. Sackett (2000) onderscheidt drie kennisbronnen: onderzoekskennis, patiëntvoorkeuren en klinische inzichten. Deze laatste bron is volgens Sackett het vermogen om klinische vaardigheden en eerdere ervaringen in te zetten om snel de situatie van de patiënt te achterhalen: diagnose, voordelen en risico's van interventies en voorkeuren van de patiënt (Sackett, 2000). Een mooie hulp bij het optimaliseren van de klinische besluitvorming in de (verslavings)zorg. Ter illustratie een voorbeeld uit een documentaire. In een ziekenhuis ligt een oudere dame in bed. We horen dat haar leven ten einde loopt. Zij geeft aan de oncoloog te kennen dat het genoeg geweest is; ze is klaar om het leven achter zich te laten. Ze voelt zich erg misselijk en heeft pijn. De arts stelt voor om een gesprek te hebben met de familie erbij. De volgende scène toont de arts met de dochters en schoonzonen en de zieke vrouw. Zij uit opnieuw haar wens en vraagt om euthanasie. De kinderen vallen haar bij. De arts overweegt. Als dat te lang duurt naar de smaak van de kinderen, vertelt de dochter dat ze ook wel eens heeft moeten besluiten om een hondje af te laten maken en dat ze weet hoe moeilijk dat is. Een schoonzoon komt er schamper overheen:

* Dr. A. Goossensen is lector verslavingszorg aan de Hogeschool INHolland te Den Haag en senior onderzoeker aan het instituut Beleid en Management Gezondheidszorg van het Erasmus MC te Rotterdam. E-mail: anne.goossensen@inholland.nl.

‘Weet u wel hoe het moet?’ De arts neemt zijn tijd en stelt vervolgens voor om er een paar nachtjes over te slapen. Dan geeft hij het verplegend personeel aanwijzingen voor het aanpassen van de pijnmedicatie.

Na enkele dagen zien we de arts weer bij het ziekenhuisbed. Mevrouw zit rechtop en voelt zich duidelijk beter. Hij vraagt hoe het staat met haar wens om het leven te beëindigen. In haar antwoord wordt duidelijk dat ze zich schuldig voelt naar haar kinderen, die steeds op bezoek moeten komen. Daar lag de bron van haar vraag om euthanasie. De arts roept de gehele familie weer bij elkaar, laat mevrouw toelichten dat het beter gaat en er volgt een overplaatsing naar een hospice, waar ze nog een tijd wordt verwend.

Wanneer we in bovenstaand voorbeeld de drie kennisbronnen van Sackett herkennen, komen de technieken om euthanasie toe te passen uit de kennisbron onderzoekskennis of ‘evidence’. Het gaat om informatie over de meest werkzame interventie. De kennis over patiëntenvoorkeuren (tweede bron) lijkt helder, maar bevat een adder onder het gras; deze is hier vermengd met het familieperspectief. De arts blinkt uit in de derde kennisbron (klinische expertise): hij begrijpt, voelt of weet dat de vraag om euthanasie niet echt van de patiënt komt. En handelt daarnaar, zonder de situatie te bruuskeren. Dat is vakmanschap.

Terug naar de verslavingszorg. Wanneer we denken over opleiden, gaat het vaak over methoden en expliciete kennis. Expliciete kennis bestaat uit (onderzoeks)informatie, theorieën, protocollen en diagnostische instrumenten. Opgeschreven en tastbaar. Er is echter meer: impliciete kennis, ook wel tacieta kennis, stilzwijgende kennis of praktische wijsheid genoemd. Wat wordt daarmee bedoeld? En hoe kunnen we dit onderwijzen?

Eerst een begripsbepaling. Taciete kennis is een verzamelnaam voor - simpel gesteld - wat bij mensen aan kennis, beelden en ervaringen stilzwijgend in hun hoofd en handen zit. Het is voor anderen, en grotendeels ook voor de bezitter zelf, ontoegankelijk maar essentieel om goed te kunnen handelen (Vosman & Baart, 2008). Die ontoegankelijkheid komt volgens Polanyi (1966) doordat het onbewuste kennis betreft, zoals (cultuurgebonden) waarden, ervaringen en attitudes. Volgens Weggeman (1997) vallen ook vaardigheden onder de tacieta kennis. Impliciete kennis maakt veel verschil als het gaat om kwaliteit van zorg - in de documentaire zelfs een verschil van leven en dood. Hoe verhouden expliciete en impliciete kennis zich tot elkaar? Volgens

Tsoukas (2005) zijn expliciete kennis en impliciete kennis onlosmakelijk verbonden: expliciete kennis 'landt' als het ware in eerder opgedane beelden en ervaringen.

Als het gaat om opleiden in het algemeen of in het bijzonder voor de verslavingszorg, is het aanspreken en ontwikkelen van taciete kennis een noodzaak. Hoe kunnen we studenten hierin stimuleren? Sackett geeft in zijn definitie al aan dat ervaringen een belangrijke opstap zijn. We zouden in onze verslavingskundeminoren moeten zoeken naar mogelijkheden om ervaringen met de doelgroep op te doen. En niet alleen in stages, maar door de gehele opleiding heen. Het werken met documentaires kan een goede vorm zijn. Studenten kunnen een situatie ervaren, inschatten en nabespreken. Hierbij komen de eigen emoties, attitudes en waarden aan bod. Een andere leervorm is de meester-gezelverhouding. Polanyi noemt dit 'learning by example' en stelt dat door het 'meebewegen' met een meester, de gezelschapsgenoot onbewust de regelen der kunst leert. Ook die zaken die de meester zelf niet (meer) kan benoemen. Er zijn dus leervormen die helpen om taciete kennis te (laten) ontwikkelen.

Het is niet moeilijk om te bedenken hoe een beginnend arts de situatie in de documentaire had opgelost. Het is taciete kennis die maakte dat het anders liep. Dat geeft te denken, ook voor de kwaliteit van het handelen in de verslavingszorg ...

Literatuur

- Polanyi, M. (1966). *The tacit dimension*. Londen: Routledge & Kegan Paul.
- Sackett, D.L., Straus, S.E., Richardson, W.S., Rosenberg, W., & Haynes, R.B. (2000). *Evidence-based medicine. How to practise and teach EBM*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Vosman, F., & Baart, A. (2008). *Aannemelijke zorg. Over het uitzieden en verdringen van praktische wijsheid in de gezondheidszorg*. Den Haag: Lemma.
- Weggeman, M.C.D.P. (1997). Cultuur en managementstijl in kennisintensieve organisaties. *Holland Management Review*, 54, 62-72.